



# A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros

## *Lobotomy and leucotomy in Brazilian mental hospitals*

André Luis Masiero

Doutorando em psicologia pela  
Faculdade de Filosofia Ciências e  
Letras de Ribeirão Preto  
Rua Canindé, 286/23 Monte Alegre  
14051-180 Ribeirão Preto — SP Brasil  
masiero@yahoo.com

MASIERO, A. L.: 'A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 10(2): 549-72, maio-ago. 2003.

A lobotomia e leucotomia foram utilizadas em pacientes de instituições asilares brasileiras, entre 1936 e 1956. Também chamadas de psicocirurgias, eram intervenções que consistiam em desligar os lobos frontais direito e esquerdo de todo o encéfalo, visando modificar comportamentos ou curar doenças mentais. A técnica, idealizada pelo neurologista português Egas Moniz em 1935 e aperfeiçoada pelo americano Walter Freeman, chegou ao Brasil por intermédio de Aloysio Mattos Pimenta, neurocirurgião do Hospital Psiquiátrico do Juquery, em São Paulo, logo seguido por outros médicos. Esta medida foi aplicada em mais de mil pacientes internados não só para fins curativos, mas também para aprimorar tecnicamente a cirurgia, uma vez que os experimentos preliminares com animais eram escassos. No Brasil, a técnica foi adotada até 1956, passando a ferir o Código de Nuremberg, de 1947, concebido para regulamentar e conter os abusos da experimentação médica em seres humanos ocorridos durante a Segunda Guerra Mundial.

PALAVRAS-CHAVE: lobotomia, leucotomia, cérebro, história, ética.

MASIERO, A. L.: 'Lobotomy and leucotomy in Brazilian mental hospitals'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 10(2): 549-72, May-Aug. 2003.

*Lobotomy and leucotomy were used in Brazilian mental institutions from 1936 to 1956. Also called psycho-surgeries, they were operations that separated the right and left frontal lobes and pre-frontal lobes from the rest of the brains, aiming at modifying behavior or curing mental diseases. The technique, created by the Portuguese neurologist Egas Moniz in 1935 and developed by Walter Freeman from the United States, arrived in Brazil through the hands of Aloysio Mattos Pimenta, neurologist from Hospital Psiquiátrico Juquery in São Paulo. Soon, many doctors followed suit. These procedures were used on more than a thousand in-patients aiming at not only healing results, but also the technical improvement of the surgical technique, since preliminary experiments with animals were quite rare at the time. In Brazil, the technique was used until 1956, when it was considered as going against the 1947 Nuremberg Code, whose objective was to detain and regulate the medical experiments with human beings made during the Second World War.*

KEYWORDS: lobotomy, leucotomy, brains, history, ethic.

## Introdução

A partir da década de 1930 chegaram ao Brasil duas das mais promissoras técnicas curativas da psiquiatria mundial na época, a “lobotomia” e a “leucotomia cerebral”. Neste trabalho objetivamos descrever e analisar este procedimento, mostrando para alguns impasses éticos subjacentes.

Também chamadas de “psicocirurgias”, eram duas técnicas neurocirúrgicas que intentavam eliminar determinadas doenças mentais ou modificar “comportamentos inadequados”. Com algumas diferenças, foram idealizadas concomitantemente pelos neurologistas americanos Walter Freeman (1895-1972) e James Winston Watts (1904-1994), da George Washington University, e pelos neurologistas portugueses Antonio Caetano de Abreu Freire Egas Moniz (1874-1955), seu assistente Almeida Lima e pelo psiquiatra Cid Sobral, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Outros cientistas, no século XIX, já haviam tentado remover sintomas psicopatológicos através de cirurgias cerebrais. No entanto, foram estes neurologistas americanos e portugueses quem conseguiram popularizar e difundir técnicas neurocirúrgicas para doentes mentais.

Moniz e Freeman foram inspirados pelo experimento de Fulton e Jacobsen com uma chimpanzé apresentado no Congresso Internacional de Neurologia realizado em Londres, em 1935. Eles demonstraram uma mudança de comportamento do animal selvagem e agressivo depois da ablação dos seus lobos frontais. A operação deixou-a dócil e passiva.

No mesmo ano, Moniz e Almeida Lima realizaram as primeiras cirurgias em pacientes psicóticos, publicando seus resultados em uma série de conferências em 1936.

Egas Moniz esteve no Brasil em 1928 divulgando e auxiliando neurologistas brasileiros na aplicação da angiografia cerebral por contraste, técnica criada por ele que possibilitava a visualização radiológica da irrigação sanguínea cerebral, facilitando e agilizando o diagnóstico de distúrbios neurológicos como derrames e tumores. Augusto Brandão Filho (1881-1957), professor de clínica cirúrgica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, foi o pioneiro na aplicação da técnica no país, sendo orientado pessoalmente pelo neurologista português durante sua visita (Gusmão, 2002).

Moniz, mesmo enfrentando críticas por ser o criador da lobotomia, ganhou o prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia em 1949.

O intercâmbio entre os neurologistas brasileiros e europeus era intenso, assim, a angiografia e as psicocirurgias chegaram ao país poucos meses depois de inventadas.

Atentos aos novos conhecimentos científicos e técnicos produzidos na Europa e nos Estados Unidos, os médicos brasileiros logo começaram a utilizar a psicocirurgia de Egas Moniz em instituições asilares. Em 1936, ano em que Freeman e Moniz descreveram seus

experimentos, a leucotomia passou a ser aplicada em internos do hospital do Juquery, em São Paulo. Neste, que foi o maior manicômio da América Latina, Aloysio Mattos Pimenta operou os dois primeiros pacientes em agosto de 1936. Mais tarde muitos outros médicos foram treinados e passaram a realizar lobotomias e leucotomias em instituições brasileiras.

Nunca houve um consenso técnico sobre a intervenção, menos ainda uma certeza sobre sua real eficácia no tratamento das doenças mentais. Extremamente invasiva e perigosa em seus primórdios, a porcentagem de óbitos em decorrência da cirurgia era alta, em torno de 2%, além das complicações que poderiam advir desta prática, como hemorragias cranianas, inflamação das meninges, infecções, ou seqüelas indeléveis como hemiplegia e paraplegia, caso áreas motoras do cérebro fossem atingidas durante a cirurgia, o que era comum.

Utilizadas por cerca de vinte anos no Brasil, mais de mil pessoas, inclusive estrangeiros e crianças, foram submetidas às psicocirurgias. Com o advento dos psicofármacos na década de 1950, estes procedimentos desapareceram dos hospitais psiquiátricos tão rápido quanto foram esquecidos pela história recente da medicina brasileira. Com os avanços da neurologia, novas técnicas muito mais precisas voltaram a ser utilizadas na década de 1970. Atualmente, são raramente indicadas em vista do grande número de opções de tratamentos psiquiátricos disponíveis.

### **A lobotomia e a leucotomia: aspectos teóricos e técnicos**

Antes de tudo cabe salientar algumas diferenças, pois o termo lobotomia talvez seja mais conhecido que leucotomia. A primeira foi criada por Freeman-Watts e a segunda por Moniz-Lima, sendo esta a mais utilizada no Brasil entre os anos de 1936 e 1956. Com o tempo os termos passaram a ser sinônimos, visto as muitas variações técnicas empregadas por outros cirurgiões pelo mundo. Leucotomia vem do grego *leuco* = branco e *tomos* = “corte”, “separação”, “cisão”, ou seja, “corte da substância branca”. Mais genérico, o termo lobotomia vem do grego *lobos* = “porção”, “parte” e do mesmo *tomos*.

Yahn (1946) diz preferir o termo leucotomia. “Lobotomia” não especifica que a intervenção é sempre na substância branca e “psicocirurgia” leva a pensar no absurdo de uma cirurgia no psiquismo, quando na verdade é no cérebro, com o intuito de obter um efeito secundário sobre o psíquico.

De acordo com Carpenter (1978), a “substância branca”, alvo da leucotomia, forma o centro medular das circunvoluções do córtex, sendo composta por fibras que conduzem e recebem impulsos tanto de outras partes do córtex quanto de locais distantes e por fibras que ligam regiões corticais do mesmo hemisfério e entre os hemisférios.

As psicocirurgias marcaram uma tentativa de retomar as idéias psiconeurológicas, isto é, de procurar a base anatomofisiológica do comportamento humano e da doença mental:

Considera Egas Muniz a vida psíquica como dependente de todo o organismo, reconhecendo todavia a centralização no cérebro e no mesmo cérebro reconhece que há zonas em maior relação com o psiquismo, tal o lobo frontal, como dominante. As manifestações psíquicas decorrem da atividade dos grupos celulares por numerosas conexões reunidas entre si (Pimenta, 1936, p. 260).

Apesar de a lobotomia e a leucotomia serem técnicas neurocirúrgicas, a finalidade era conseguir uma modificação de comportamento ou eliminação de sintomas psicopatológicos. As psicocirurgias eram indicadas para pacientes que apresentassem uma sintomatologia psiquiátrica não influenciada por outros tratamentos, como a eletroconvulsoterapia, o coma insulínico, o coma cardiazolítico e uma infinidade de outras terapêuticas.<sup>1</sup> Embora se soubesse que acidentes cerebrais — tumor, derrame, isquemia, infecções etc. — poderiam desencadear sintomas psicopatológicos, o objetivo das cirurgias era intervir numa região cerebral, os lobos pré-frontais, não necessariamente atacados por aqueles tipos de desordens neurológicas já conhecidas. Era justamente sobre este ponto que recaíam as principais críticas ao procedimento, que não intentava remover ou reparar partes doentes do cérebro, como as neurocirurgias tradicionais, mas modificá-lo. De acordo com a definição de Brodal (1984, pp. 662-3) psicocirurgias eram: “operações sobre o cérebro intato para mitigar disfunções mentais e de comportamento”.

Há uma clara cisão entre as escolas mentalistas e as neuropsicologias, tanto que muitos de seus críticos eram psicanalistas. D. H. Winnicott, prestigiado psicanalista, foi uma das principais vozes a criticar as terapias físicas, quase sempre violentas, das doenças mentais. Dizia ironicamente: “Diante do progresso da terapêutica física das desordens mentais é preciso que se recorra rapidamente a um novo tipo de *habeas corpus*, como garantia contra a interferência sociologicamente perigosa da cirurgia no cérebro — um *habeas cerebrum*” (Longo *et alii*, 1949, p. 130).

A idéia defendida por Moniz, de que o lobo frontal seria o centro dominante responsável pela atividade psíquica e comportamental, remonta a estudos com animais, como aponta Yahn (1946), e observações clínicas em hospitais. Pacientes que sofriam lesões na área frontal, com o tempo, apresentavam grandes alterações de comportamento. Segundo Sacks (2000), desde 1880 sabia-se que tumores no lobo frontal poderiam desencadear vários sintomas psicopatológicos. A extração do tumor juntamente com o material cerebral causaria a perda do autocontrole e de outras faculdades mentais.

<sup>1</sup> Yahn (1937) faz uma descrição das terapêuticas da esquizofrenia utilizadas no Brasil no começo do século: injeção de cânfora, idealizada por Von Meduna; malarioterapia, experimentada por Wagner von Jauregg, que consistia em provocar uma infecção de malária no paciente esquizofrênico. Foram utilizadas também a sulfopyretoterapia, a aurosulfopyretoterapia. Até mesmo injeções endovenosas de leite foram experimentadas. Mas o tratamento mais estranho sem dúvida foi utilizado por J. S. Galant: injeções de sangue de placenta humana. O sangue era colhido na hora do parto e levado ao hospital psiquiátrico. Aplicava-se 15 injeções em três dias em cada paciente.

Durante a Primeira Guerra Mundial, muitos soldados feridos na região frontal do cérebro apresentavam modificações de personalidade depois de recuperados das lesões. Observou-se então que, de acordo com o tipo e localização da lesão, ocorria uma diferente transformação comportamental.

Um caso clássico da neurologia particularmente interessante foi o de Phineas Gage, um operário de uma empresa de estradas de ferro em Burlington, no estado de Vermont, Estados Unidos. Em 1848, em consequência de uma explosão acidental, Gage teve o crânio perfurado por uma barra de ferro de quase um metro de comprimento, de 2,5cm de diâmetro e pesando seis quilos. Arremessada de baixo para cima, a barra de ferro entrou pela face esquerda, destruiu o olho e os lobos frontais, saindo pelo topo do crânio. Gage perdeu a consciência, mas incrivelmente a recuperou depois de alguns minutos. Ao ser socorrido e levado a um médico, falava e caminhava com facilidade. O médico, com poucos recursos, limpou os ferimentos, estancou a hemorragia e fez os curativos. Depois de algumas infecções, o operário sobreviveu e em poucos meses foi dado como completamente curado.

Passado algum tempo, porém, Gage começou a ter comportamentos estranhos e uma radical mudança de personalidade. Tornou-se anti-social, agressivo e sem o menor senso moral, enfim, ficou irreconhecível pela família e amigos. Viveu neste estado por mais 13 anos depois do acidente.

Egas Moniz, observando todo este histórico, formulou a hipótese de que os lobos frontais deveriam desempenhar um importante papel nas funções mentais e emocionais. Concluiu então que a doença mental deveria ser decorrente de alguma alteração nesta área do cérebro. Valendo-se ainda de conceitos um tanto subjetivos, acreditava que as doenças mentais eram consequência da “excitação” anormal desta região. Já familiarizado com a idéia da plasticidade cerebral, deduziu que, se interrompesse os feixes cerebrais frontais os circuitos nervosos se readaptariam em outro nível. Os estímulos nervosos procurariam percursos diferentes, e não mais aqueles deficientes que seriam destruídos pela cirurgia, o que enfim restabeleceria a saúde mental. Yahn *et alii* (1949, p. 349) explicam bem a hipótese do mecanismo terapêutico da “leucotomia pré-frontal”, como foi chamada a operação idealizada por Egas Moniz:

Admitimos que a secção das vias nervosas intracerebrais interromperia a passagem dos influxos, forçando-os à busca de novas vias. Essa transposição de funções favoreceria um reajustamento dos mecanismos cerebrais, que se fariam no sentido predominante de se restabelecerem condições normais, com prejuízo dos anormais, preexistentes.

Além disso, o neurologista português afirmava que secções nos lobos frontais não teriam grandes inconvenientes para a vida dos doentes, gerando poucos efeitos colaterais. Complementando, Yahn (1950, p. 31) argumentava que o cérebro não deveria mais ser considerado uma estrutura intocável, isto seria um tabu a ser derrubado pela ciência. Egas Moniz, porém, não estava totalmente seguro quando afirmou que a operação não traria grandes inconvenientes, tanto que, posteriormente, foi obrigado a admitir que certos pacientes apresentavam déficit de inteligência e embotamento psíquico depois de operados.

Freeman e Watts, criadores da lobotomia, basearam-se nos mesmos pressupostos, no entanto, a técnica cirúrgica que criaram era ligeiramente diferente e, diga-se, num primeiro momento, mais grotesca. A diferença estava na área do cérebro alvo da intervenção, no tipo de instrumentos utilizados, bem como na explicação para o mecanismo de ação terapêutica da cirurgia. Segundo Freeman e Watts, a cura dar-se-ia pelo desligamento das fibras do eixo lobo pré-frontal — tálamo. Yahn (1948-49, p. 128) explica a idéia dos americanos:

Uma vida mental equilibrada resultaria, pois, de uma harmonia perfeita nas correlações funcionais entre o tálamo e o córtex frontal ... . O exagero da atividade talâmica determinaria ansiedade, depressão, melancolia e perversões instintivas que levariam ao suicídio, automutilação, sordície etc. Quando há exagero da atividade frontal teríamos tensão-obsessiva, preocupação hipocondríaca.

O tálamo, sendo o centro instintivo, sensorial e visceral, deveria funcionar em equilíbrio com todo o córtex frontal, núcleo do intelecto e da afetividade. As alterações desta relação, mesmo sem causas aparentes, resultariam em sintomas psicopatológicos. A cirurgia de Freeman-Watts objetivava, portanto, desligar o tálamo do córtex frontal, evitando que estas duas estruturas permanecessem em conflito, tal como ocorria no cérebro dos doentes mentais.

Estas idéias são uma clara retomada das teorias localizacionistas do começo do século XIX inauguradas pelos franceses Pierre Paul Broca e Franz Joseph Gall. Broca criou um método para correlacionar pontos no crânio com a localização de estruturas e funções cerebrais. O anatomista francês utilizava referenciais cranianos, como a sutura coronária, medindo a profundidade e a distância que esta linha se encontrava de determinada área cerebral. Estudando o cérebro de um paciente afásico, delimitou a área da linguagem — a terceira circunvolução do lobo frontal —, uma de suas principais descobertas. Essa área teria sido destruída por uma neurosífilis, causando a perda da fala do paciente. Suas conclusões estimularam estudos com animais, principalmente sobre a localização cerebral das funções motoras.

Porém, o vínculo entre as funções cerebrais puras e conceitos mais complexos, como doença mental e personalidade, permaneceu olvidado

durante quase um século, aliás, período em que a psicanálise foi criada e difundida com rapidez.

Freeman e Moniz, no entanto, almejavam dar a palavra final sobre as doenças mentais, acreditando estarem um passo à frente de Broca e dos estudos frenológicos e cada vez mais próximos de desvendarem os mistérios da sede anímica humana, os lobos frontais.

Talvez nenhuma outra técnica cirúrgica tenha dado um salto tão grande partindo-se de estudos ainda não conclusivos. Os estudos prévios eram restritos e repletos de fracassos, como os do suíço Burckhardt, em 1890, que consistia em extirpar partes dos lobos frontais, parietais e temporais, em quatro sessões com algumas semanas de intervalo. O neurologista aplicava sua técnica em pacientes “dementes agitados e turbulentos” (Yahn, 1946, p. 214). As mortes causadas pelo processo e as pressões éticas impediram a continuidade deste procedimento.

É razoável afirmar que Freeman e Moniz conheciam profundamente os estudos e teorias anteriores. A lobotomia e a leucotomia foram testadas previamente em animais por outros neurologistas, como Jacobsen e Fulton, mas as evidências teóricas, empíricas e históricas ainda não eram suficientes para uma aplicação em seres humanos em larga escala, como ocorreu, mesmo se considerados os parâmetros éticos do período.

Estas técnicas cirúrgicas passaram por muitos aprimoramentos. Nas primeiras tentativas, Moniz pretendeu destruir as conexões celulares do lobo frontal com injeções de álcool diretamente aplicadas no cérebro por um orifício aberto no crânio. Insatisfeito com os resultados, criou um pequeno instrumento para realizar a leucotomia, o qual denominou “leucótomo” (Fig.1). O utensílio era constituído de uma cânula metálica de 11cm de comprimento por 2mm de diâmetro com uma fenda longitudinal de 1cm em uma das extremidades. Dentro desta cânula passava um fio metálico de 12cm, com uma das pontas fixada na extremidade onde havia a fenda e a outra presa num cabo móvel encaixado na extremidade oposta da cânula. Assim, o fio metálico formava uma alça que saía pela fenda quando pressionado e se retraía para dentro da cânula quando o cabo era puxado para trás.

O processo cirúrgico básico não era dos mais complexos. Depois de tricotomizado, o paciente era colocado em decúbito dorsal sobre a mesa cirúrgica e anestesiado com tionembutal venoso (geral) e/ou novocaína (local). Traçavam-se duas linhas imaginárias no crânio. A primeira ia de uma têmpora a outra, acompanhando a sutura coronária. A segunda passava exatamente na direção do sulco divisório dos hemisférios cerebrais, isto é, na linha mediana da cabeça. Para Cavalcanti (1943, p. 222), a região pré-frontal seria delimitada por uma linha passada pela parte posterior da área 46 de Brodmann no mesmo sentido do movimento lateral dos olhos. A 3cm desta linha central, seguindo a linha da têmpora, fazia-se uma incisão no couro cabeludo. Perfurava-se o crânio com um trépano, abria-se um orifício

nas meninges, tomando-se cuidado para não lesar nenhum vaso sanguíneo importante. Feita a abertura, inseria-se o leucótomo no cérebro com a alça metálica retraída, até uma profundidade de 4cm. Então abria-se a alça, dava-se uma volta completa com o leucótomo, retraía-se novamente a alça e retirava-se o instrumento. Limpava-se o aparelho, livrando-o dos resíduos cerebrais, e repetia-se a operação no outro hemisfério (Yahn, 1946) (Fig. 2). Esperava-se que, com a intervenção, passado o efeito da anestesia, o paciente já tivesse o comportamento modificado e os sintomas psicopatológicos atenuados.

Em 1936, Freeman e Watts (1942) empregaram uma técnica parecida com a de Egas Moniz, utilizando, porém, um outro instrumento, o lobótomo, uma haste metálica com a ponta cortante. Com a técnica primária dos americanos, introduzia-se o lobótomo até uma profundidade maior, de 8 a 9cm, e realizava-se um movimento latitudinal dentro do cérebro, além disso, fazia-se não apenas uma incisão em cada hemisfério, mas sim três ou mais, de acordo com a gravidade do caso (Fig. 3). Para os casos não influenciados por uma primeira intervenção poder-se-ia realizar a cirurgia mais de uma vez.

Mais invasiva que a técnica de Egas Moniz, o risco de morte era mais alto. Em um de seus trabalhos, Freeman e Watts (1942) apresentaram um índice de óbito de 8%. Das 136 pessoas operadas exclusivamente para a feitura deste trabalho, 11 morreram até o momento da publicação.

Ambas intervenções atingiam a parte anterior dos lobos frontais, motivo pelo qual a técnica de Moniz foi chamada de “leucotomia pré-frontal” e a de Freeman-Watts, de “lobotomia pré-frontal”.

Com o passar do tempo, novas técnicas foram surgindo, alterando-se a forma de acesso aos lobos frontais e até mesmo técnicas testadas em outras regiões do cérebro, como veremos adiante.

Em 1946, surgiu uma inovação na técnica psicocirúrgica protagonizada por Walter Freeman: a “lobotomia transorbitária”.

Com o argumento de que a perfuração do crânio para a introdução do lobótomo era muito perigosa e trabalhosa, o neurologista italiano Fiamberti, em 1937, encontrou uma nova via de acesso ao córtex frontal através da órbita ocular. Ele introduzia uma agulha tangente ao globo ocular até o cérebro, tomando cuidado para não lesar o olho, e neste ponto injetava pequenas quantidades de formol (Longo *et alii*, 1956). A idéia ficou esquecida por quase dez anos. Freeman recuperou e aprimorou a técnica do italiano e passou a utilizá-la a partir de 1946, motivo que levou ao rompimento com seu aluno e assistente James Watts, que não mais concordava com os pungentes procedimentos do mestre.

A técnica determinava que o paciente deveria ser submetido a uma série de aplicações de eletrochoque, até perder a consciência. Estas aplicações serviam ao mesmo tempo como anestésico e como parte do tratamento. O cirurgião então levantava a pálpebra superior e com o dedo tateava o teto da órbita, procurando localizar o ponto de maior



depressão. Neste ponto, tangente ao olho, introduzia um punção metálico, um objeto pontiagudo semelhante a um picador de gelo (Fig. 4). Para alcançar o cérebro, dava pequenas pancadas com um martelo, fazendo-o penetrar a uma profundidade de 7cm de modo a atingir o lobo frontal. Alcançado este ponto, fazia um movimento basculante no sentido lateral, o máximo que o tamanho da órbita ocular permitisse, seccionando, assim, as fibras cerebrais tálamo-frontais do quadrante inferior (Pacheco e Silva, 1950, p. 368; Longo *et alii*, 1956). Retirado o punção, bastava esperar as modificações de comportamento do operado (Fig. 5). Segundo Pacheco e Silva (1950), otimista com o procedimento, os efeitos colaterais limitavam-se a hematomas ao redor dos olhos, que sumiriam em pouco tempo.

Esta parece ter sido a última invenção psicocirúrgica adotada. Depois disso, nenhum outro médico testou novas técnicas.

Moniz ficou paraplégico em consequência de um atentado a tiros cometido por um ex-paciente seu (não lobotomizado). Faleceu em dezembro de 1955. Os americanos insistiram na prática até os anos 1950 e são suspeitos de realizarem lobotomias em pessoas acusadas de comunistas e de terem condutas sexuais inadequadas, entre elas, a atriz americana Frances Farmer, estrela de vários filmes e peças teatrais. Internada pelos pais no Western State Hospital, em Washington, foi submetida a uma lobotomia transorbitária em 1948, aos 34 anos de idade, pelo próprio Walter Freeman. Sem mais representar uma ameaça, teve alta em 1953. Faleceu de câncer em 1970, quando era recepcionista em um hotel.

### As psicocirurgias no Brasil

No Brasil, foram utilizadas várias técnicas, com algumas variações inéditas. Num primeiro momento deu-se preferência à técnica de Egas Moniz. Os trabalhos realizados pelo mundo com suas indicações apresentavam menores índices de mortalidade e de complicações pós-operatórias. O neurologista Aloysio Mattos Pimenta (1936) foi quem primeiro experimentou a cirurgia no Brasil. Auxiliado por José Bottiglieri e pelo psiquiatra Anibal Silveira, realizou a primeira leucotomia no dia 25 de agosto de 1936. Para o primeiro trabalho na área, Pimenta (1936) operou quatro mulheres, porém, relatou o desenvolvimento de apenas duas. A primeira era uma imigrante russa e judia, de 53 anos, internada no Juquery<sup>2</sup> com diagnóstico de psicose “maníaco-depressiva”, “síndrome ansiosa” e “agitação psicomotora”. Teve uma ligeira melhora de vários sintomas, mas sofreu algumas recaídas posteriores. Sobre a segunda, não forneceu muitos dados, pois o tempo de observação ainda não permitia uma conclusão. Permanecendo o quadro inalterado até aquele momento, propôs a necessidade de nova intervenção, desta vez com injeção de álcool nas mesmas zonas do cérebro, utilizando a técnica primária

<sup>2</sup> Segundo Pacheco e Silva (1925), entre 1921 e 1924, o número de estrangeiros internados no Juquery era alarmante. Em números percentuais era quase o dobro que de brasileiros.

de Egas Moniz anterior ao uso do leucótomo. Aloysio Mattos Pimenta operaria mais 32 mulheres, cujo desenvolvimento pós-cirúrgico não foi analisado por ele.

Após estas experiências, o cirurgião seguiu para a Europa, a fim de realizar novos estudos. Os trabalhos prosseguiram com outros neurologistas, mas um novo trabalho publicado apareceria somente sete anos depois (Cavalcanti, 1943). Dessa vez, utilizando a técnica de Freeman-Watts, o cirurgião Joaquim Cavalcanti, da Faculdade de Medicina do Recife, operou 13 pacientes. Todos já haviam sido submetidos a outros tratamentos, como choques cardiazolíticos e insulínicos, sem resultados satisfatórios. Sem desvios preocupantes nas estatísticas esperadas, um paciente faleceu e outros dois ficaram com seqüelas, piorando seu estado psíquico e corporal.

A lobotomia e a leucotomia foram mais intensamente empregadas nos pacientes dos hospitais psiquiátricos brasileiros entre 1942 e 1956. Neste período há publicações em todos os anos, sem interrupções. De maneira geral, a cada trabalho acrescentava-se um detalhe técnico com o intuito de diminuir as mortes e alcançar melhores resultados, o que nem sempre era conseguido.

Em 1944, surgiu o primeiro trabalho com a aplicação em massa da leucotomia cerebral e com a colaboração de uma grande equipe de médicos e psiquiatras, da qual faziam parte Edgard Pinto Cesar, Darcy M. Uchôa, Eduardo Guedes, Nilo Trindade e Silva, José Bottiglieri, Rachel Mendes e Mario Yahn, além do cirurgião Antônio Carlos Barreto. Das 160 operações realizadas até então em internos do Juquery com a técnica de Egas Moniz, Barreto (1944) analisou os resultados das cem primeiras. Um detalhe chama a atenção nesta publicação. Todas estas cem pessoas operadas eram mulheres, no entanto, o autor não justifica o motivo desta escolha, afirmando apenas que se tratava de antigas pacientes insensíveis a outros tratamentos. Como exemplo, relata o caso de uma mulher de 24 anos que fora submetida a vinte aplicações de eletrochoque e quarenta comas insulínicos sem que seu quadro de “esquizofrenia hebefrênica” fosse alterado. Submetida à leucotomia pré-frontal, com cinco cortes em cada lobo, diz o cirurgião, a paciente se recuperou completamente e depois de um mês teve alta, voltando a conviver com a família.

De acordo com Barreto (op. cit., p. 353), até aquele momento ele teria conseguido 24% de “remissões completas ou de melhoras muito nítidas”. “Apenas” um paciente teria falecido, número baixíssimo se comparado com a literatura internacional.

Embora poucos médicos dominassem a técnica, a partir daí as psicocirurgias se transformaram numa verdadeira moda na psiquiatria brasileira, sobretudo no Juquery, um importante pólo latino-americano de estudo e difusão de tratamentos médico-psiquiátricos.

Em 1945 a técnica já estava plenamente inserida na medicina brasileira e a experiência dos psiquiatras e neurocirurgiões era suficiente para iniciar experimentos inéditos no mundo. Neste ano, Antônio Carlos Barreto expôs um invento seu que resolveria uma série de inconvenientes da intervenção. Semelhante ao lobótomo, tratava-se de um instrumento que substituiria ao mesmo tempo o cateter e a seringa. Era uma haste metálica oca de 11cm de comprimento, achatada, com 3mm de espessura. Em uma das extremidades havia quatro orifícios e na outra um adaptador para seringas (Fig. 6). Barreto (1945, p. 424) descreve a sua técnica e utilização do seu invento:

Com este lobótomo, dispensamos o trocar e a agulha; ele serve para localizar os pontos de referência e, sendo furado, o liquor drenará facilmente se o ventrículo for atingido. Identificada a foice do cérebro e a asa do esfenóide, a secção da substância branca é feita lentamente para cima e para baixo do pólo ventricular, sempre no plano coronário. Feita a lobotomia, sem retirar o aparelho, adaptamos uma seringa com lipiodol ou neiodipina e injetamos lentamente, à medida que fazemos o lobótomo percorrer o plano já seccionado e, portanto, sem resistência alguma. A radiografia mostrará, depois, o plano de secção contrastado.

Dessa forma, a secção poderia ser observada posteriormente através de radiografia, facilitando a identificação do exato caminho que o lobótomo teria percorrido dentro do cérebro. Assim, os erros eram mais facilmente observados e os “reparos”, ou “reoperações”, que eram comuns, poderiam ser indicados com exatidão. Bastava então esperar os efeitos da cirurgia no comportamento do paciente para dizer se aquelas fibras cerebrais seccionadas realmente teriam relação com a psicopatologia do paciente.

Isto responderia também a uma das críticas que eram feitas ao procedimento clássico. A cirurgia era feita “às cegas”, isto é, sem que o cirurgião observasse diretamente o que estava fazendo, pois o lobótomo era inserido no cérebro por um pequeno orifício, causando rompimentos de vasos sanguíneos e aumentando o risco de hemorragias intracranianas. A possibilidade de observar, mesmo posteriormente à cirurgia, por onde o lobótomo tinha passado e qual parte do lobo frontal havia sido seccionada, aumentava a precisão e melhorava o acompanhamento pós-operatório. Uma vez reconhecido o melhor caminho, isto é, aquele que melhor atenuasse a sintomática com menores efeitos colaterais, bastava repetir o processo em outros pacientes. A cirurgia, portanto, com o invento do neurocirurgião do Juquery, não seria mais completamente “às cegas”.

Para resolver o mesmo problema, Freeman teria criado uma técnica de “exploração cerebral”, na qual localizava os pontos de secção sondando o interior do encéfalo com instrumentos cirúrgicos. Obviamente os riscos desta prática eram muito mais elevados.

Ainda em 1945, Yahn e colaboradores (1948) resolveram tentar aplicar a técnica em outra região do cérebro, no lobo parietal, cujas funções eram pouco conhecidas. A técnica, conforme relatam os autores, era influenciada pelas idéias de Freeman. Se o neurologista americano havia tentado “desligar” o tálamo do lobo pré-frontal, os brasileiros tentaram interromper suas conexões com o lobo parietal. O ponto exato de secção nesta região era definido pelo cruzamento de duas linhas imaginárias: uma tangenciando o bordo superior da orelha e a outra o bordo posterior. Contava-se então 2cm para cima. Neste ponto seccionavam-se as fibras que passavam pela área e ligavam-se ao lobo pré-frontal.

No Brasil, foi feita apenas uma tentativa de intervenção deste tipo, em 22 pacientes, todas mulheres, sendo que 17 delas já haviam passado pela técnica tradicional de Freeman e outros tratamentos. Os resultados não foram satisfatórios, por isso esta técnica foi abandonada. Apenas dois casos de esquizofrenia crônica teriam apresentado melhora.

Em 1948, Mario Yahn, Aloysio Mattos Pimenta e Afonso Sette Jr. publicaram o maior trabalho do gênero da literatura psiquiátrica brasileira, apresentando ainda uma outra inovação técnica que chamaram “leucotomia em três tempos”. Com este trabalho participaram do Congresso de Psicocirurgia de Lisboa, em agosto de 1948, e do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, ocorrido no Rio de Janeiro e São Paulo, no mesmo ano, em comemoração do cinquentenário de fundação do Juquery.

O raciocínio dos pesquisadores foi o seguinte: o córtex pré-frontal não é a única estrutura que mantém contato com o tálamo. No entanto, Freeman e Watts afirmavam que a doença mental era uma conseqüência da incompatibilidade destas estruturas. Ao seccionarem as fibras deste eixo, acabavam interrompendo também o contato do lobo pré-frontal com outras regiões cerebrais como a parietal, temporal e occipital.

Os brasileiros argumentaram então que se selecionassem fibras conectivas de outras áreas cerebrais poderiam observar melhor o significado de cada conexão com o lobo pré-frontal. Criaram assim uma nova técnica cirúrgica. Dividiram o lobo pré-frontal em quatro partes: quadrantes superiores esquerdo e direito e quadrantes inferiores esquerdo e direito. Primeiramente seccionavam o quadrante inferior esquerdo e observavam os resultados, avaliando o comportamento do paciente durante um mês. Se não fosse suficiente para atenuação da sintomática, seccionavam o inferior direito. Mais um mês de observação e, se necessário, operavam os quadrantes superiores de uma só vez. Relatam que havia casos em que bastava uma secção em um dos quadrantes para se conseguir bons prognósticos, indicando assim que apenas aquelas fibras eram defeituosas. Dessa forma, poderiam evitar grandes intervenções desnecessárias.

A evolução do pós-operatório era cuidadosamente observada por uma equipe de enfermeiros, psiquiatras e estagiários que avaliavam se teriam ocorrido melhoras significativas no quadro psicopatológico e comportamental. No começo as observações eram diárias e individuais, mas com o aumento rápido do número de cirurgias isto se tornou mais raro e difícil.

Estas observações, mesmo sem um critério metodológico, levaram os avaliadores a concluir que os resultados não se igualavam aos da literatura internacional, apesar de os médicos garantirem que aplicavam a técnica corretamente. O motivo de tal frustração não foi difícil de ser encontrado. No Brasil, o “material humano” sujeito às intervenções já estaria deveras “deteriorado” (Longo *et alii*, 1949, p. 130), isto é, com muito tempo de internação, sem vínculos sociais, com a saúde debilitada etc. A conclusão de que menos de 1/3 dos pacientes tinham melhoras significativas gerou um certo pessimismo entre os médicos brasileiros no final da década de 1940. Impossível saber quantas cirurgias foram realizadas nos hospitais brasileiros, mas apenas no Juquery, até 1949, foram cerca de setecentas, quase todas em mulheres (Yahn *et alii*, 1948-49). Nas estatísticas dificilmente eram contabilizados os casos “piorados”, isto é, que ficaram com seqüelas irreversíveis, mesmo porque ninguém se interessava por métodos de avaliação psicológica mais eficientes que a simples e rápida observação diária.

Ao ser constatada, a pouca eficiência da cirurgia não levou ao seu abandono, muito pelo contrário. Como o problema se devia ao “material humano” e não ao saber médico, apontou-se para outros alvos de estudo e intervenção. O sucesso da cirurgia, segundo a literatura estrangeira, deveria estar associado a outros fatores, que não apenas o manejo técnico ou suporte teórico. Sob influência das outras especialidades médicas, Freeman e Watts haviam concluído que melhores resultados poderiam ser observados em pacientes com menor tempo de hospitalização e a maior participação da família, principal responsável pela reabilitação social do doente. Assim, Longo, Pimenta e Arruda (1949) tiveram a idéia de realizar um estudo num hospital privado,<sup>3</sup> onde, relatam eles, encontraram “melhor material humano”. Operaram 21 pacientes. Sem nenhum óbito, conseguiram aproximar-se dos resultados esperados, ou seja, 1/3 curado, 1/3 melhorado e 1/3 não influenciado. Como ainda não haviam perdido o vínculo social, esperava-se que rapidamente voltassem ao convívio familiar e ao trabalho. Todos os sujeitos deste estudo tinham curso superior, inclusive vários eram médicos, advogados e empresários. Desses 21 sujeitos, sete eram estrangeiros: uma síria, uma israelita, uma russa, uma inglesa, uma americana (cinco mulheres), um italiano e um espanhol (dois homens). Os autores não contam o histórico de cada paciente, mas deixam claro que, estando em busca de “melhor material humano”, a fim de alcançarem maiores índices de cura, selecionaram estrangeiros de países desenvolvidos vivendo no Brasil e brasileiros brancos com

<sup>3</sup> Os autores não citam o nome da instituição.

melhor posição social. Além disso, aumentaram a porcentagem de homens (cerca de 50%, neste estudo, lembrando que as tentativas anteriores em hospitais públicos foram feitas quase que exclusivamente em mulheres). Portanto, se com a intenção de selecionarem “melhor material humano” para o estudo dispensaram negros e pobres e aumentaram o número de homens, estrangeiros e profissionais liberais, fica subentendida uma hierarquia de classe, de raça e de gênero, em última instância, uma atitude racista e sexista. Homens, estrangeiros de países desenvolvidos, brancos, profissionais liberais, seriam aqueles grupos humanos de “melhor qualidade” a que se referiam.

A ânsia experimentalista dos psiquiatras e neurocirurgiões entusiastas das psicocirurgias parecia não ter limites. Em 1947 os psiquiatras Mário Yahn, Stanislaw Kryncki e os neurocirurgiões Aloysio Mattos Pimenta e Afonso Sette Jr. operaram nove crianças, sendo todas meninas entre nove e 16 anos de idade, do pavilhão feminino infantil do Juquery. Não obstante o grande número de operações realizadas no mundo todo, este foi o primeiro estudo publicado com crianças que se tem notícia. Talvez seja o único. Os autores brasileiros, embora mostrando-se sempre bem informados, não citam outros trabalhos semelhantes na discussão nem na bibliografia.

A idéia básica era a de que quanto antes se tratasse a doença, melhor seria o prognóstico. Enfim, crianças constituíam um “material humano ainda não degradado”. Nas palavras dos autores:

Em igualdade de condições, era de supor que, em indivíduos jovens, as probabilidades de sucesso seriam muito maiores que no adulto, em virtude da evolução natural, não só do sistema nervoso, como também das aptidões psíquicas, variáveis com a idade (Yahn *et alii*, 1949, p. 349).

Outra justificativa era a de que se não fossem tratadas com rapidez, estas crianças com “perversões instintivas” e “desvios de conduta”, que tantos infortúnios causavam às famílias, à sociedade e ao próprio hospital, futuramente não teriam mais cura, e passariam a depender da família ou de alguma instituição pelo resto da vida. Ao contrário dos adultos, para os quais a indicação da leucotomia era uma solução final depois de esgotados outros tratamentos, estas nove crianças escolhidas para a operação eram aquelas com os “piores prognósticos” e que ainda não tinham passado por outros procedimentos terapêuticos.

Os autores, cientes do alto risco do empreendimento, solicitaram a anuência da família, o que não era feito até então nas operações em adultos. Poucas famílias aceitaram, impossibilitando uma análise quantitativa maior.

Pelo menos dois fatores de risco eram conhecidos: A dificuldade da localização das fibras brancas pré-frontais a serem seccionadas e o anestésico. Em crianças da faixa etária em questão a localização destas

fibras não é a mesma que em adultos, pois o desenvolvimento anatômico ainda não está completo. Isto dificultava também a determinação da profundidade que o leucótomo devia ser introduzido. Logo, sendo a primeira experiência deste tipo, os médicos não sabiam exatamente como atingir as tais fibras, sem contar a inadequação do instrumental cirúrgico utilizado, concebido para anatomia de adultos. As observações do local limitavam-se às radiografias e aos estudos anatômicos.

As pacientes, quase todas em estado de “agitação psicomotora”, foram pré-anestesiadas na noite anterior à cirurgia e mantidas em estado de “narcose leve” durante a operação, com tionebutal em baixa concentração. Cientes das contra-indicações deste anestésico para crianças, preferiram não usar doses muito altas. Não sendo possível anestesiá-las completamente, algumas se agitaram durante a intervenção, o que dificultou ainda mais o trabalho.

Com todas estas dificuldades, o resultado não poderia ter sido diferente: dois pacientes faleceram de hemorragia intracraniana, ou seja, uma cifra de 22% de mortes. Agora entende-se a cautela dos médicos em solicitar um termo de responsabilidade assinado pela família por um tipo de cirurgia de alto risco e ainda em fase experimental.

Isto não impediu que descrevessem a casuística das sete sobreviventes. As pacientes foram observadas durante um ano e tiveram seus comportamentos anotados numa “folha de conduta”, com o intento de melhorar a avaliação da eficiência da operação. Idealizada por Freeman, tratava-se de uma tabela na qual se anotava a frequência das manifestações dos sintomas psicopatológicos e as mudanças comportamentais antes e depois da cirurgia. Esta tabela era dividida em 52 itens que incluíam “vulgaridade”, “nudismo”, “tentativa de fuga”, “masturbação”, “alucinações”, “impulsividade” etc. Depois de quantificados um a um, comparavam-se os valores recorrentes antes e após a operação. Para alguns sintomas a cirurgia parecia mais “eficiente”, como, por exemplo, para “masturbação”, então entendida como sintoma psicopatológico, que fora completamente eliminada do quadro geral pós-operatório, contabilizando as sete avaliadas. Já o comportamento “cooperativo”, antes ausente, apareceria com maior frequência.

Os autores admitem que não alcançaram todos os objetivos esperados, isto é, a volta de todas as pacientes para o convívio social normal. Além disso, o baixo número de operações em crianças não permitiria tirar grandes conclusões. Por estes motivos, tentariam novamente com outro grupo de crianças. Não encontramos nenhuma outra experiência semelhante na literatura psiquiátrica brasileira posterior.

Dependendo do objetivo do estudo, as psicocirurgias eram feitas em grupos humanos diferenciados ou testadas com técnicas e teorias diferentes para se descobrir qual região cerebral teria relação com determinada patologia ou comportamento.

Ainda com a intenção de multiplicar o “material de estudo”, Francisco Tancredi e Aloysio Mattos Pimenta executaram a leucotomia pré-frontal

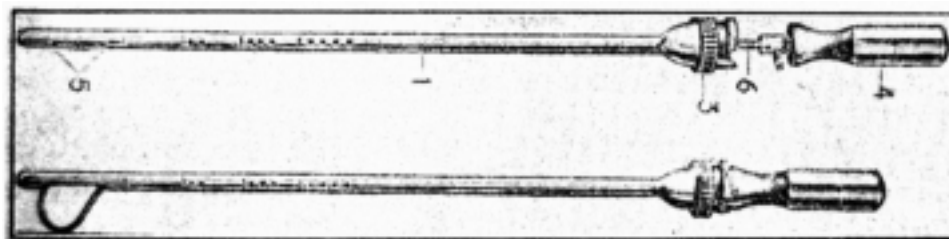


Figura 1 – Leucótomo de Egas Muniz (Barreto, 1944).

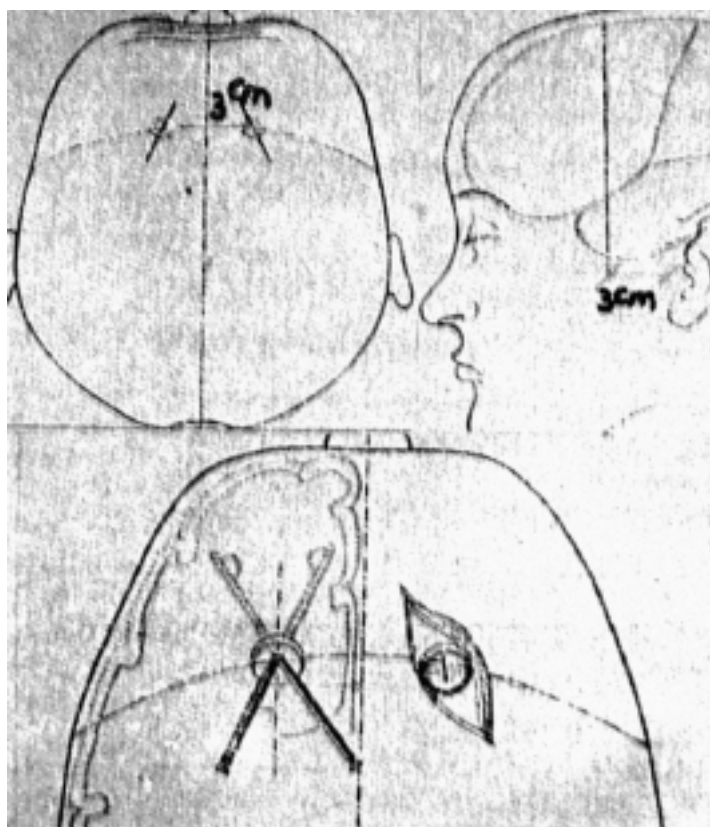


Figura 2 – Pontos de incisão (Barreto, 1944).

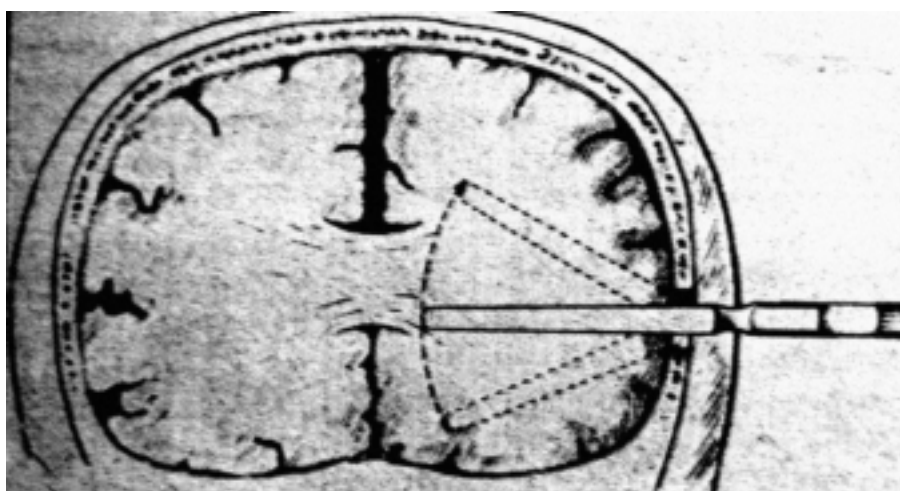


Figura 3 – Secção das fibras, técnica Freeman-Watts (Yahn, 1946).



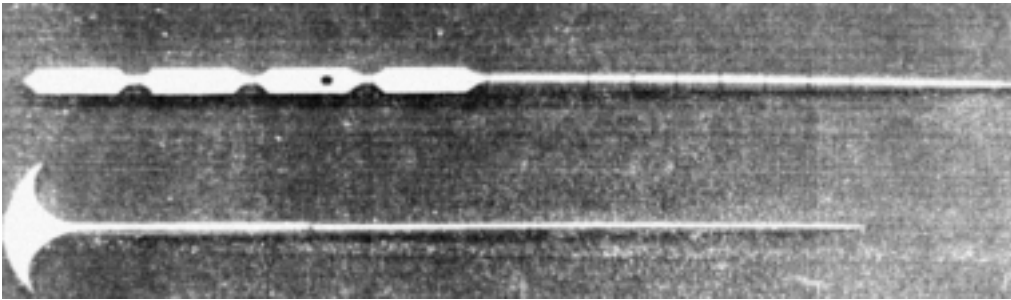


Figura 4 – Lobótomo transorbitário (Longo et alii, 1956).



Figura 5 – Lobotomia transorbitária (Longo et alii, 1956).

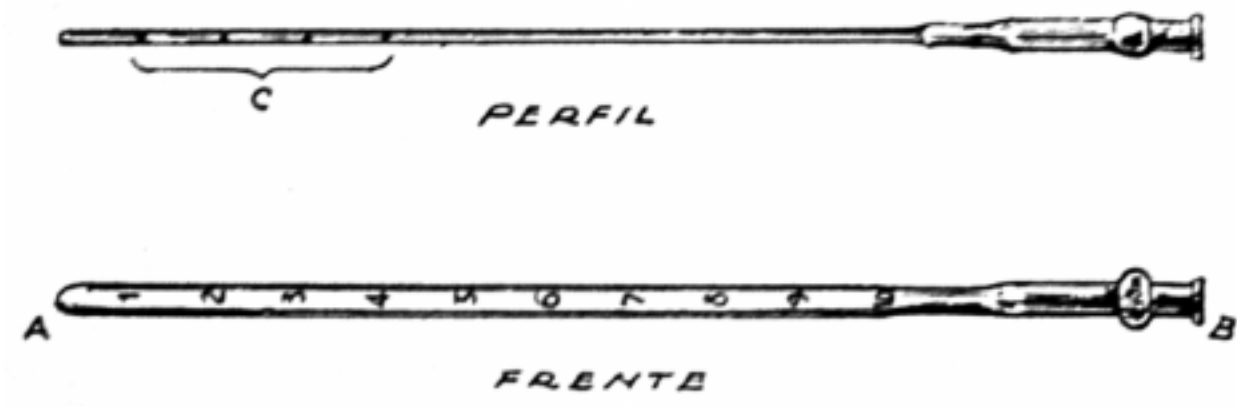


Figura 6 – Lobótomo brasileiro (Barreto, 1945).

em 76 internos criminosos do Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo, então sob a direção do dr. André Teixeira Lima. Como um reflexo da população carcerária brasileira, 28 indivíduos (36,8%) eram “não-brancos”, isto é, classificados como “pretos”, “pardos” ou “amarelos”. Concluíram que a eficiência máxima seria para a “agressividade” e “agitação psicomotora”, o que, aliás, já havia sido constatado por outros autores. Conseguiram, segundo eles, um índice de 77% de eliminação destes sintomas e propuseram a aplicação da medida a criminosos para fins de segurança pública (Tancredi *et al.*, 1949). Sem mais representarem perigo, estes 77% poderiam retornar ao convívio social, desafogando e desonerando o manicômio judiciário.

A última inovação técnica chegada ao Brasil foi a “lobotomia transorbitária”, aquela em que se atinge o lobo pré-frontal através da órbita ocular, descrita anteriormente. J. Armbrust Figueiredo, da Escola Paulista de Medicina, trouxe a técnica para o Brasil depois de trabalhar sob a supervisão direta de Walter Freeman nos Estados Unidos, desde 1950, na mesma época e local em que este realizou a lobotomia na atriz Frances Farmer, que teve alta em 1954.

Entre 1953 e 1955, Figueiredo e os colaboradores Paulino Longo, professor de clínica neurológica da Escola Paulista de Medicina, e Joy Arruda, psiquiatra do Instituto Paulista, operaram setenta pacientes entre 19 e 68 anos de um hospital privado<sup>4</sup> com esta técnica. Indicada indistintamente para todas as psicopatologias, o objetivo do trabalho era verificar se a lobotomia transorbitária seria mais eficiente que as técnicas até então utilizadas, bem como se o índice de mortalidade era realmente menor, como indicava a literatura, cujos valores estavam em 3,4% para a pré-frontal e 1,6% para a transorbitária (Longo *et alii*, 1956).

Segundo os autores, que planejavam continuar com a prática, teriam conseguido um índice de melhoras de 72,1%, muito acima das outras técnicas. Porém, não estabeleceram nenhum critério de melhoria, qualitativo ou quantitativo, embora já existissem técnicas de avaliação psicológica próprias para este fim. Nem mesmo avaliaram qualquer efeito colateral indesejável, físico ou psicológico, como era admitido pela literatura internacional. Esta avaliação seria feita posteriormente, por outros psiquiatras, após a técnica ser abandonada.

Houve casos em que alguns operados tornaram-se epiléticos depois de algum tempo. Dos 54 avaliados, 39 tiveram alta e voltaram para a família. Registraram ainda uma morte (1,8%), fato que passou praticamente despercebido. Dos outros 16 não se tem qualquer notícia sobre o desenvolvimento pós-operatório.

Tudo indica que este foi o último estudo do gênero publicado no país.

Não se sabe exatamente quantas lobotomias foram realizadas nos hospitais brasileiros, mas apenas nos relatos de pesquisa consultados excedem mil. A contagem exata é tarefa difícil, pois

<sup>4</sup> Os autores não citam o nome da instituição.

houve muitos casos em que pacientes foram submetidos a duas ou mais cirurgias, o que causa um descompasso entre o número de pessoas e o número de intervenções. Yahn *et al.* (1948-49, p. 126) admitem que trataram aproximadamente quatrocentos pacientes, com cerca de setecentas intervenções. Além disso, nem todas foram relatadas em pesquisas ou documentadas, o que dificulta ou impossibilita a localização de fontes históricas.

No Brasil, houve um abandono repentino desta prática, não sendo mais publicados trabalhos a partir de 1956.

Na década de 1950, alguns psiquiatras voltaram-se para o estudo crítico dos efeitos das psicocirurgias (Medeiros *et al.*, 1954; Silveira, 1955), tão logo se multiplicaram os tratamentos psiquiátricos, tanto de orientação curativa quanto preventiva. Através de testes psicológicos e clínicos, o estudo de Medeiros *et al.* (1954) apontaria o surgimento de distúrbios físicos e mentais ausentes antes das cirurgias, como, em suas palavras, “ataques epilépticos”, “alcoolismo”, “exacerbado erotismo” etc.. Medeiros afirma que pacientes leucotomizados apresentavam sintomas semelhantes a pessoas recuperadas de traumatismo craneencefálico.

O abandono repentino da prática e as críticas dos próprios cirurgiões indicam que os médicos estavam aguardando novas alternativas de tratamento das doenças mentais menos invasivas e mais eficientes. Segundo Carpenter (1978), um importante fator para a desistência da leucotomia e lobotomia foi a introdução dos psicofármacos nos tratamentos psiquiátricos, os quais permitem melhores prognósticos e menores riscos.

Podemos indicar pelo menos mais seis fatores que levaram ao abandono da prática no Brasil: a baixa eficácia; a grande periculosidade; a irreversibilidade do procedimento, a imprevisibilidade em certos casos e os impasses éticos.

Falamos aqui em abandono das técnicas psicocirúrgicas rudimentares e de alta periculosidade. Atualmente existem cirurgias neurológicas destinadas ao tratamento de psicopatologias, porém, a indicação é rara. O desenvolvimento dos métodos estereotáxicos em neurocirurgia possibilitou aumentar a margem de segurança consideravelmente, tanto do ponto de vista curativo quanto dos efeitos colaterais. Já é possível utilizar feixes de radiação ionizante para se atingir qualquer ponto do encéfalo com extrema precisão, sem abrir o crânio nem danificar tecidos cerebrais.

### **Um impasse ético**

Para ser considerado completamente curado, o paciente deveria ser capaz de voltar a viver em sociedade, com a família, ou retornar para sua atividade profissional, o que era praticamente impossível depois de ter parte do cérebro destruída. O conceito de cura ou melhora nunca

fora devidamente esclarecido, tanto que as observações pós-operatórias eram restritas e feitas durante pouco tempo, o suficiente para se criar um relato de pesquisa. Como aponta Sacks (2000, p. 78): “O que se havia alcançado nunca foi a ‘cura’ é claro, mas um estado dócil, um estado de passividade, tão (ou mais) distante da ‘saúde’ quanto os sintomas ativos originais, e (ao contrário deles) sem possibilidade de ser resolvido ou revertido.”

A falta de um critério de melhora do estado psicopatológico pode ser explicada pelo fato de este não ser o único objetivo. Se a cura fosse a única meta, a lobotomia e leucotomia não teriam prevalecido por vinte anos na psiquiatria brasileira, pois não foi preciso muito tempo para se concluir que os poucos benefícios advindos deste tratamento não compensavam os enormes riscos ou prejuízos físicos e psicológicos decorrentes, caso o paciente não morresse durante a intervenção ou de complicações futuras. Além da falta de opções terapêuticas, a insistência nesta prática era subsidiada por pelo menos dois outros objetivos: a diminuição da lotação manicomial e a experimentação.

A cronificação do doente e a conseqüente lotação das instituições manicomiais tornavam a prática psiquiátrica quase impossível na primeira metade do século XX. Um dos principais desafios era encontrar formas de diminuir a lotação e a cronificação. Tanto que, sempre que possível, clamava-se pelo apoio da família na recuperação pós-operatória, o que aumentava as chances do paciente não mais retornar para a instituição após a cirurgia. Por outro lado havia a psiquiatria preventiva, como forma de evitar novas internações.

Sendo realizada primeiramente em pacientes cronificados, aqueles sem nenhum vínculo social ou familiar, as psicocirurgias não estavam atendendo a esta necessidade imediata da instituição, pois, mesmo ‘curados’, estes pacientes não abandonavam o hospital, por não terem para onde ir. Como autômatos, acabavam trabalhando na horta ou na cozinha da instituição pelo resto da vida. Mesmo assim, o estado físico e psicológico em que ficava o paciente, após a cirurgia, dispensava a equipe psiquiátrica de prestar os cuidados antes exigidos, o que era também uma vantagem institucional. Para os casos crônicos, muito mais que buscar uma reinserção social, bastava anular os “comportamentos inadequados” para a rotina do hospital, tecnicamente chamados de “agitação psicomotora”, “irritabilidade” etc. (Longo *et alii*, 1949), para que se considerasse o interno curado.

Com o aprimoramento técnico, que possibilitou uma evidente diminuição dos óbitos e dos efeitos colaterais, foram sendo operados pacientes de classes sociais mais altas e maior número de homens internados em hospitais privados. Conforme a periculosidade diminuía, as cirurgias passavam a ser realizadas em cidadãos “mais valorizados”, de acordo com os referenciais conceituais, comuns no começo do século XX, de raça, gênero e classe social. Tanto que a

primeira experiência realizada em um hospital privado publicada, data de 1949 (Longo, Pimenta e Arruda, 1949), 13 anos após início das experiências no país.

Nos manicômios, os cirurgiões encontraram um material de pesquisa, de onde poderiam extrair conhecimentos sobre anatomia e fisiologia cerebral e comportamento, conforme admitem, por exemplo, Pimenta (1936, p. 262) e Yahn *et alii* (1948, p. 225). Em suas palavras: “Em 1945, imaginamos tentar a leucotomia não exclusivamente na região frontal, mas em outros lobos cerebrais, pelos motivos que vamos expor.”

Isto fica mais evidente quando se nota que cada trabalho, desde o primeiro, sempre apresenta uma inovação técnica sem precedentes. Em última instância, esta experimentação com seres humanos incapazes de consentirem no tratamento a que foram submetidos, se não os curasse, poderia permitir que se conhecesse melhor o papel de cada região cerebral para o comportamento e doença mental. Pelo menos esta era a esperança dos lobotomizadores, como Pimenta (1936, p. 262) que aponta como uma das vantagens o “estudo fisiológico psiquiátrico”. De fato, a previsão de Aloysio Mattos Pimenta parece ter se concretizado. Os modernos compêndios de neuroanatomia admitem que as psicocirurgias foram fontes importantes de informação sobre o cérebro humano: “Informação adicional com respeito a funções das áreas pré-frontais no homem foi obtida de casos onde uma lobotomia frontal ou uma leucotomia pré-frontal foi executada em pacientes sofrendo de disfunções mentais” (Brodal, 1984, p. 662).

Pautada por diferentes padrões éticos definidos cultural e historicamente, a utilização de seres humanos em pesquisas vem ocorrendo há séculos pelo mundo afora. A falta de um critério consensual e de vigilância em âmbito global permitiu que durante a Segunda Guerra Mundial muitos abusos fossem cometidos contra povos e indivíduos considerados inferiores, em nome de um suposto conhecimento científico. Com o final da guerra, os protagonistas, muitos deles médicos, foram julgados e condenados por crimes contra a humanidade por um tribunal internacional formado na cidade de Nuremberg em 1946. Este tribunal, no entanto, não se limitou a julgar criminosos de guerra. Entre suas ações, elaborou um código de ética para pesquisas com seres humanos que ficou conhecido como Código de Nuremberg. Publicado em 1947, o documento era composto de dez itens, reproduzidos integralmente a seguir:

- 1) O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que as pessoas que serão submetidas ao experimento devem ser legalmente capazes de dar consentimento; essas pessoas devem exercer o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição posterior; devem ter conhecimento

suficiente do assunto em estudo para tomarem uma decisão. Esse último aspecto exige que sejam explicados às pessoas a natureza, a duração e o propósito do experimento; os métodos segundo os quais será conduzido; as inconveniências e os riscos esperados; os efeitos sobre a saúde ou sobre a pessoa do participante, que eventualmente possam ocorrer, devido à sua participação no experimento. O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento repousam sobre o pesquisador que inicia ou dirige um experimento ou se compromete com ele. São deveres e responsabilidades pessoais que não podem ser delegados a outrem impunemente.

2) O experimento deve ser tal que produza resultados vantajosos para a sociedade, que não possam ser buscados por outros métodos de estudo, mas não podem ser feitos de maneira casuística ou desnecessariamente.

3) O experimento deve ser baseado em resultados de experimentação em animais e no conhecimento da evolução da doença ou outros problemas em estudo; dessa maneira, os resultados já conhecidos justificam a condição do experimento.

4) O experimento deve ser conduzido de maneira a evitar todo sofrimento e danos desnecessários, quer físicos, quer materiais.

5) Não deve ser conduzido qualquer experimento quando existirem razões para acreditar que pode ocorrer morte ou invalidez permanente; exceto, talvez, quando o próprio médico pesquisador se submeter ao experimento.

6) O grau de risco aceitável deve ser limitado pela importância do problema que o pesquisador se propõe a resolver.

7) Devem ser tomados cuidados especiais para proteger o participante do experimento de qualquer possibilidade de dano, invalidez ou morte, mesmo que remota.

8) O experimento deve ser conduzido apenas por pessoas cientificamente qualificadas.

9) O participante do experimento deve ter a liberdade de se retirar no decorrer do experimento.

10) O pesquisador deve estar preparado para suspender os procedimentos experimentais em qualquer estágio, se ele tiver motivos razoáveis para acreditar que a continuação do experimento provavelmente causará dano, invalidez ou morte para os participantes.

A publicação deste documento parece não ter sido suficiente para conter de imediato a experimentação indiscriminada ou a sujeição de

seres humanos a procedimentos médicos de alto risco ou mesmo aviltantes, fossem em situação de guerra ou não. As psicocirurgias são exemplo do completo desrespeito ao código que fora ratificado internacionalmente em 1947. Nos manicômios brasileiros ainda foram feitas por pelo menos mais nove anos.

Mesmo com as mortes, com as seqüelas deixadas ou os grandes riscos a que estavam sujeitos os doentes mentais lobotomizados, nenhum dos envolvidos nesta prática preocupou-se com a discussão ética destes procedimentos, limitando-se a taxar de “pessimistas” (Longo *et al.*, 1956) os poucos opositores. A crítica do procedimento viria depois do seu abandono.

Muitas outras conferências internacionais pretenderam lançar fundamentos éticos para pesquisa com seres humanos, mas, segundo Hossne *et al.* (1999), situações duvidosas ou abusivas continuaram e continuam ocorrendo na pesquisa médica mundial, o que aponta para a necessidade de uma constante vigilância e reflexão sobre a ética dos procedimentos médicos e científicos.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreto, Antonio Carlos  
dez. 1945 'Lobotomia pré-frontal'.  
*Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, III: 4, pp. 420-7.
- Barreto, Antonio Carlos  
set. 1944 'Leucotomia pré-frontal a Egas Moniz. Técnica, resultados imediatos e tardios em 100 casos'. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, II: 3, pp. 248-54.
- Brodal, A.  
1984 *Anatomia neurológica: com correlações clínicas*.  
São Paulo, Livraria Roca.
- Carpenter, Malcolm B.  
1978 *Neuroanatomia humana*.  
Rio de Janeiro, Interamericana.
- Cavalcanti, Joaquim  
dez. 1943 'Lobotomia pre-frontal'.  
*Neurobiologia*, VI: 4, pp. 220-8.
- Freeman, Walter e  
Watts, James W.  
1942 'Prefrontal lobotomy: the surgical relief of mental pain'.  
*Bulletin of the New York Academy of Medicine*, nº 18, pp. 794-812.
- Gusmão, Sebastião Silva  
2002 'História da neurocirurgia no Rio de Janeiro'.  
*Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60:2-A, pp. 333-7.
- Hossne, Willian Saad  
e Vieira, Sonia  
1999 'Experimentação com seres humanos: aspectos éticos'.  
Em Marco Segre e Cláudio Cohen (orgs.), *Bioética*. São Paulo, Edusp.
- Longo, Paulino W.;  
Arruda, Joy e  
Figueiredo J. Armbrust  
dez. 1956 'Lobotomia transorbitária. Resultados obtidos em 54 pacientes tratados em hospital privado'. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, XIV: 4, pp. 273-84.
- Longo, Paulino W.;  
Pimenta, Aloysio Mattos  
E Arruda, Joy  
jun. 1949 'Lobotomia pré-frontal. Resultados clínicos em hospital privado'.  
*Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, VII: 2, pp. 126-40.

- Medeiros, Maurício de  
1954 'État mental des leucotomisés'.  
*Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 3: 3, pp. 227-54.
- Pacheco e Silva,  
Antonio Carlos  
1950 'A primeira conferencia internacional de psicocirurgia'.  
Em *Palavras de psiquiatra*, Edigraf, pp. 367- 72, São Paulo.
- Pacheco e Silva,  
Antonio Carlos  
dez. 1925 'Imigração e hygiene mental'.  
*Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, I: 2, pp. 27-35.
- Pimenta, Aloysio Mattos  
1936 'Leucotomia cerebral (a psico-cirurgia de Egas Moniz)'. *Arquivos da Assistencia Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo*, I: 1, pp. 259-66.
- Sacks, Oliver  
2000 'O último hippie'. Em *Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais*.  
São Paulo, Companhia das Letras.
- Silveira, Nise da  
jan. 1955 'Contribuição aos estudos dos efeitos da leucotomia sobre a atividade criadora'.  
*Revista de Medicina, Cirurgia e Farmácia*, nº 255.
- Tancredi, Francisco e  
Pimenta, Aloysio Mattos  
jun. 1949 'Leucotomia pré-frontal em esquizofrênicos, epilêpticos e psicopatas.  
Observações sobre 76 casos operados'. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*,  
VII: 2, pp. 141-55.
- Yahn, Mario  
jan.-dez. 1950 'Apreciações sôbre o modo de ação da leucotomia cerebral: relações entre o  
físico e o psíquico'. *Arquivos da Assistência a psicopatas do Estado de  
São Paulo*, XV: 1, pp. 23-36.
- Yahn, Mario; Krynski,  
Stanislau; Pimenta,  
Aloysio Mattos e  
Sette Jr, Afonso  
dez. 1949 'Leucotomia pré-frontal em menores'.  
*Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, VII: 4, pp. 349-70.
- Yahn, Mario; Pimenta,  
Aloysio Mattos e  
Sette Jr., Afonso  
jan.-dez. 1948-49 'Sôbre a leucotomia de Freeman e Watts em três tempos'.  
*Arquivos da Assistência a psicopatas do Estado de São Paulo*, XIII-XIV: 1, pp. 125- 232,
- Yahn, Mario; Pimenta,  
Aloysio Mattos e  
Sette Jr., Afonso  
set. 1948 'Leucotomia parietal: resultados em 22 pacientes'.  
*Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, VI: 3, pp. 225-33.
- Yahn, Mario  
jun. 1947 'Resultados clinicos da leucotomia cerebral'.  
*Neurobiologia*, X: 2, pp. 71-85.
- Yahn, Mario  
set. 1946 'Sôbre a leucotomia pré-frontal de Egas Moniz'.  
*Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, IV: 3, pp. 213-38.
- Yahn, Mario  
mar. 1937 'Modernos tratamentos da eschizophrenia'.  
*Revista da Associação Paulista de Medicina*, X: 3, pp. 125-39.

Recebido para publicação em março de 2002.

Aprovado para publicação em agosto de 2002.